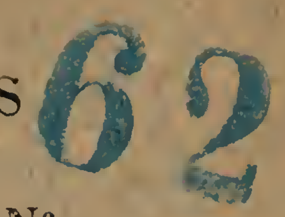
FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS



Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 novembre 1906, à 1 heure

Par **A. SAINTOT**

Ancien interne des hôpitaux de Reims

L'ENDOMÉTRITE

ET LES LÉSIONS ANNEXIELLES

DE LA FIBROMYOMATOSE UTÉRINE

Président : M. LE DENTU, *professeur*.

Juges : MM. BERGER, *prfesseur*.
FAURE et MORESTIN, *agrégés*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

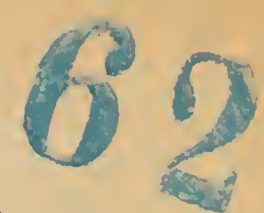
1906

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS



Année 1906 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 novembre 1906, *à* 1 *heure*

Par **A. SAINTOT**

Ancien interne des hôpitaux de Reims

L'ENDOMÉTRITE

ET LES LÉSIONS ANNEXIELLES

DE LA FIBROMYOMATOSE UTÉRINE

Président : M. LE DENTU, *professeur.*

Juges : MM. BERGER, *prfesseur.*
FAURE et MORESTIN, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRÉ	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Parmi les diverses tumeurs, qui peuvent affecter le corps humain, le fibromyome utérin présente cette particularité (non unique à la vérité) de participer à la fois aux caractères des néoplasmes proprement dits et aussi à ceux des lésions inflammatoires.

En particulier, il s'accompagne d'une réaction de la muqueuse, assez constante et surtout assez marquée, pour qu'il y ait lieu d'envisager une endométrite de la fibromyomatose de la matrice.

Un certain nombre de pièces relatives à ces altérations ayant été rassemblées et aimablement mises à ma disposition au laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, j'ai tenté d'exposer l'état actuel de la question et d'y ajouter une modeste contribution en faisant connaître quelques cas nouveaux.

Les examens histologiques consignés dans ces pages ont été effectués sous la direction autorisée du Dr A. Pettit, chef du laboratoire, auquel j'adresse l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Ce travail est pour moi l'occasion d'un devoir bien doux, celui d'exprimer à mes Maîtres des hôpitaux, une profonde gratitude pour leurs précieux enseignements.

Que tous mes maîtres de l'École de Reims : M. le professeur Henrot, directeur de l'École de médecine. MM. les professeurs A. Pozzi, Guelliot, Harman, Hoel, Langlet, Lardennois qui ont guidé mes premiers pas dans la carrière médicale, veuillent agréer l'expression de ma vive reconnaissance.

M. le professeur Le Dentu a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Je le prie d'agréer tous mes remerciements pour le grand honneur qu'il m'a fait.

HISTORIQUE

Les auteurs allemands et à leur suite les auteurs français s'accordent, en général, pour attribuer à Wyder (31) (1) le mérite d'avoir signalé le premier, des modifications de la muqueuse utérine dans le cas de fibromyomatose de la matrice ; en réalité, dès 1876, Demarquay et Saint-Vel (12) avaient constaté ces lésions comme l'atteste cette phrase : « *C'est de la muqueuse que provient l'hémorragie, soit qu'elle résulte d'une exagération du flux menstruel ou d'une congestion accidentelle produite par le corps fibreux sur la muqueuse hypertrophiée.* » Néanmoins, c'est à Wyder (3) que l'on doit en 1881, la première description anatomo-pathologique précise des lésions de la muqueuse utérine au cours de la dégénérescence fibromyomateuse ; cet auteur constate, en effet, dans un certain nombre de cas, une modification de la muqueuse qu'il qualifie du nom d'*Adenoma diffusum*. Six ans plus tard (1887), le même savant aborde derechef cette question et publie dans l'*Archiv für Gynækologie*, les résultats

1. Ces chiffres correspondent aux numéros de l'index bibliographique.

fournis par l'étude de vingt cas de fibromyome de l'utérus ; les lésions constatées correspondent au tableau classique de l'endométrite interstitielle.

Entre temps, en 1884, Von Campe (5), aborde l'étude de ce problème et consigne, dans la *Zeitschrift für Gebürtshülfe und Gynækologie* ses propres observations. Les dix muqueuses, provenant d'utérus fibromyomateux qu'il étudie, présentent surtout des lésions d'endométrite glandulaire chronique, mais accessoirement, il note des signes d'inflammation interstitielle.

Ces diverses constatations cependant, n'attirèrent guère l'attention des gynécologues ; toutefois dans ses magistrales leçons sur l'anatomie pathologique des métrites publiées en 1889, le professeur V. Cornil (1) constate à son tour, des lésions métritiques dans les fibromes et apporte ainsi l'autorité de son nom aux premières constatations de Wyder.

Deux ans après (1891), Schmal (29), vient à son tour affirmer l'existence de phénomènes inflammatoires au niveau de la muqueuse, chez les femmes dont l'utérus a subi la dégénérescence fibromyomateuse. Ce gynécologue étudie quinze muqueuses utérines provenant de matrices fibromyomateuses, et il observe des altérations variables suivant le point envisagé ; au voisinage de la tumeur la muqueuse est atrophiée ; aux points opposés on note, au contraire, de l'hypertrophie.

A peu près à la même époque (1891), Curatulo (9), examine à ce point de vue, neuf muqueuses utérines provenant de femmes qui présentaient des fibromes sous-séreux ; l'endométrite est surtout glandulaire.

En revanche, dans sept autres cas correspondant à des fibromes interstitiels, on note au voisinage des tumeurs, une endométrite interstitielle très marquée ; dans les points éloignés, la lésion glandulaire est prédominante.

L'année 1893 voit paraître les travaux de Doléris (14, 15) et de Semb (30).

Le premier de ces auteurs obtient des résultats contradictoires : en effet, dans certains cas, il constate une endométrite manifeste, en revanche, dans d'autres cas, ses résultats demeurent négatifs et il ne retrouve les phénomènes métritiques ni cliniquement, ni anatomiquement.

Le mémoire de Semb (30), renferme l'histoire anatomo-pathologique de vingt nouveaux cas, mais l'auteur, tout en enrichissant la littérature d'une contribution originale, n'élucide guère la question ; il constate bien des modifications de la muqueuse, mais il estime qu'il est impossible de fixer le caractère des altérations qu'il étudie.

L'année 1894 est marquée par le mémoire de Marchesi. En se basant sur l'examen de quatorze cas, cet auteur conclut que la présence d'un fibrome interstitiel, ou encore la dégénérescence fibreuse de l'utérus, provoque bien des altérations de la muqueuse mais il se refuse à considérer celles-ci comme de nature métritique.

La question tout entière est donc de nouveau remise en suspens.

Ce dernier mémoire semble d'ailleurs être resté

ignoré de Batuaud (1) en France, et de Borissoff (3) en Russie, qui tous deux, au cours de la même année 1895 pratiquent à nouveau des examens de la muqueuse utérine.

Dans sa thèse inaugurale, Batuaud (1) publie une série d'examens effectués par le Dr Latteux et se borne à dire qu'il existe des signes d'endométrite dans tous les cas examinés, et fait remarquer, toutefois, que dans les fibromes interstitiels et sous-muqueux, on trouve le plus souvent de l'endométrite interglandulaire au contact de la tumeur et de l'endométrite glandulaire dans les points éloignés du néoplasme. Dans d'autres cas, enfin, l'endométrite est mixte.

Borissoff (3) recueille dans le service du professeur Lebedeeff, de Saint-Pétersbourg, vingt-et-un nouveaux cas.

Les observations ont un résultat intéressant puisque l'auteur réussit à mettre en évidence le polymorphisme des lésions de la muqueuse.

La statistique suivante est instructive à cet égard.

Atrophie de la muqueuse . . .	11 cas
Endométrite glandulaire. . . .	3 —
Endométrite interstitielle . . .	5 —
Endométrite mixte.	2 —

D'autre part, Borissoff a le soin de comparer l'état de la muqueuse suivant sa proximité plus ou moins immédiate par rapport à la tumeur et il aboutit à une conclusion assez importante : d'une façon générale, les lésions ne sont pas localisées à la paroi qui renferme le fibromyome, mais elles irradient à peu près dans la

totalité de l'utérus. Enfin, il insiste sur les lésions vasculaires que l'on a fréquemment l'occasion d'observer dans les muqueuses hyperplasiées des utérus fibromyomateux.

En 1896, Legueu et Marien (18) émettent l'hypothèse qu'une inflammation de la muqueuse est susceptible d'entraîner une sclérose des éléments sous-jacents ; et peu de temps après, dans une communication à l'Association médicale nord-américaine, H. Martin (19) signale à propos des ménorrhagies des myomes, l'hypertrophie de la muqueuse utérine.

Deux ans après, 1898, paraissent deux mémoires, l'un Italien, l'autre Belge. Le premier, dû à la plume de Rizzoti admet, qu'au cours de la fibromyomatose utérine, il se produit des lésions trophiques, c'est en somme une confirmation des premiers travaux de Wyder. D'autre part dans une note très courte, Charles Borremans (2), gynécologue de l'Institut Sainte-Anne à Bruxelles, aborde la question d'une façon plus directe, mais il ne fait guère plus que de signaler le fait de l'hypertrophie de la muqueuse. Il décrit très sommairement, et aussi très exactement les lésions, mais s'abstient de comparer ses résultats personnels à ceux de ses devanciers.

Dans sa thèse (1900) consacrée surtout au développement des fibromyomes, A. Claisse (6) aborde incidemment la question des lésions de la muqueuse. Pour ce dernier auteur, celle-ci offre des aspects variables mais elle est, pour ainsi dire, toujours altérée : elle est

souvent hypertrophiée et assez fréquemment infiltrée de cellules embryonnaires.

Par conséquent, on est en droit d'admettre des lésions d'endométrite.

Enfin, dans le courant de l'année 1904 un élève du professeur Boursier de Bordeaux, G. Roche (27) consacre un petit opuscule bien étudié aux altérations de la muqueuse utérine ; mais il nie l'infiltration embryonnaire qui est la caractéristique de l'inflammation aiguë et, en contradiction avec Claisse il considère les lésions qui, chez les femmes fibromyomateuses siègent au niveau de la muqueuse utérine, comme d'origine trophique, il lui dénie notamment le caractère inflammatoire et n'y veut voir que de la pseudo-métrite.

Malgré sa brièveté, cet exposé suffit pour donner une idée assez exacte des fluctuations des opinions soutenues successivement par les différents auteurs et aussi de l'imprécision de nos connaissances sur nombre de points.

Toutefois, la matérialité du fait n'est pas contestable et la notion de l'existence de modification structurale de la muqueuse dans le cas de fibromyome de l'utérus est admise par les classiques.

Nous n'en donnerons pour preuves que les deux exemples suivants : d'abord, le *Traité médico-chirurgical de gynécologie* de Labadie-Lagrave et Legueu (17) où les deux auteurs affirment le rôle considérable des altérations de la muqueuse. En second lieu, nous rappellerons que, dès 1899 dans des leçons cliniques professées à l'hôpital Broca le professeur S. Pozzi (24) a fait

connaître, sous le nom de forme métritique des fibro-myomes, certaines de ces tumeurs qui se révèlent par des signes de métrites.

D'après l'éminent professeur de gynécologie de la Faculté de Paris, on peut ramener toutes les variétés de fibrome à deux types.

A). — Le petit noyau utérin avec ses hémorragies profuses.

B). — La grosse tumeur abdominale avec ses compressions multiples.

Le petit fibrome nous intéresse particulièrement parce qu'il se manifeste par des signes de métrite, d'où le le nom de forme métritique, qu'il convient d'appliquer à cette variété. Toutefois, on doit reconnaître que dans ce tableau de métrite, l'intensité de certains phénomènes en altère légèrement la physionomie classique ; l'hémorragie domine la scène, la douleur et la leucorrhée ne sont que des éléments accessoires. Et, enfin ce qui est encore plus typique au point de vue du caractère métritique de cette variété de fibrome, c'est que ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes, vont forcément grossir, remplir le petit bassin, monter de là dans la grande cavité péritonéale (en restant métritique jusqu'à la fin) ; elles peuvent être mortels par les métrorragies qu'elles provoquent sans s'être manifestées autrement que par des signes de métrite.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

TECHNIQUE

Les pièces qui ont servi aux examens relatés au chapitre II ont été fixées dans divers liquides.

1° Alcool.

2° Sublimé.

3° Liquide de ZENKER.

Elles ont été ensuite incluses dans la paraffine et débitées en coupes minces d'environ 10 μ d'épaisseur, puis colorées par différents procédés.

1° L'hématéine suivie du mélange d'éosine, orange suivant :

Eosine	1 gr.
Orange.	1 gr.
Eau	100 gr.

2° Le bleu polychrôme de UNNA qui a l'avantage de donner des préparations très lisibles.

3° Enfin pour la mise en évidence du tissu conjonctif nous avons utilisé le mélange picro-fuchsique de VAN GIESEN :

Solution aqueuse de fuchsine acide à 1 0/0 cinq vol.

Solution aqueuse d'acide picrique quatre-vingt-quinze vol.

Ce mélange, communiquant aux fibres conjonctives une teinte rouge presque élective, met très nettement en évidence les phénomènes de sclérose.

Les préparations ont toutes été montées au baume de Canada dissout dans le xylol.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I

Fibrome interstitiel ayant envahi toute la face postérieure de l'utérus, qui pèse au total 785 grammes.

Hémorragies abondantes, mais surtout persistantes.

La muqueuse dessine dans toute son étendue une ligne extrêmement mince, réfringente ; elle est formée par du tissu de sclérose, au milieu duquel on n'observe plus qu'une proportion infime de glandes.

En revanche, le tissu fibromyomateux proprement dit, renferme une quantité considérable de vaisseaux extrêmement dilatés et, pour la plupart, assez volumineux pour être visibles à l'œil nu. Ces vaisseaux décrivent des trajets extrêmement sinueux, ont des parois scléreuses presque complètement dépourvues d'éléments musculaires et sont souvent réunis au voisinage les uns des autres de façon à figurer l'aspect angiomateux signalé par Quénu, A. Pettit et Pichevin et ultérieurement par Pilliet, Dupouy, P. Petit, etc., sous le nom de métrite à altérations vasculaires.

Les plus petits vaisseaux ont également une paroi très fortement sclérosée.

En résumé, les lésions consistent surtout en phénomènes de sclérose e d'endopérivascularite.

OBSERVATION II

L'utérus est bourré de nombreux noyaux fibromateux interstitiels faisant saillie à l'extérieur, développés asymétriquement et communiquant à la pièce un aspect nodulaire. La pièce mesure 18 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur :

Métrorragies extrêmement abondantes, anémiant profondément la malade.

La muqueuse offre sur la pièce fraîche un aspect gluant ; elle est peu épaissie.

A l'examen microscopique, un premier fait attire l'attention ; tous les éléments du stroma sont séparés les uns des autres. Un examen plus attentif établit que ces derniers dessinent une trame grossière très irrégulière, dont les mailles sont occupées par un exsudat très peu dense ; en somme, la muqueuse est œdématiée.

Les cellules propres du stroma, ainsi que les fibres, sont comprimées par l'exsudat,les cellules, notamment sont réduites à de minces lames et le noyau est plus ou moins atrophié. En revanche, dans les mailles du réseau formé par les éléments interstitiels, on observe de nombreux éléments offrant tous les signes d'une structure normale et d'une vie active, ils sont caractérisés par un cytoplasma abondant et un noyau riche en chromatine ; il est fréquent d'y constater des inclusions variées, dont presque toutes représentent des débris cellulaires et plus spécialement des hématies en voie de résorption.

Malgré les nombreuses et abondantes hémorragies dont souffrait la femme qui portait ce fibrome, il n'existe pas de ruptures vasculaires dans les fragments de muqueuse étudiés histologiquement, mais le tissu fibromyomateux proprement dit offre des

dispositions spéciales au point de vue de la vascularisation. Tout d'abord, la plupart des vaisseaux n'ont pas de parois normalement constituées ; la musculature y fait presque constamment défaut, en général, ces canaux sont simplement limités par une couche peu épaisse de fibres lamineuses, vaguement ordonnancées circulairement, d'autre part, il est fréquent d'observer des vastes lacunes remarquables par la disproportion qui existe entre l'exagération du calibre et la réduction extrême de la paroi, ici encore purement fibrillaire.

Enfin, en nombre de points, on observe des extravasations sanguines importantes, parsemées de dérivés de l'hématoïdine qui se font ainsi issue au dehors.

Quant aux glandes, elles présentent de l'ectasie de la lumière et un léger degré de prolifération cellulaire ; elles ne cessent toutefois d'être rigoureusement limitées du côté du stroma par une vitrée ininterrompue.

En résumé les lésions portent :

1° D'une façon prépondérante, sur le stroma qui est œdématié et infiltré.

2° Accessoirement sur les glandes.

Il s'agit donc, d'une métrite presque exclusivement interstitielle, à forme œdémateuse.

OBSERVATION III

Fibrome interstitiel pesant 654 grammes ; l'utérus est uniformément et régulièrement hypertrophié ; la muqueuse dessine une mince ligne d'épaisseur sensiblement égale sur toute son étendue.

Cette pièce a attiré spécialement notre attention en raison du fait suivant : jamais la femme n'a eu de métrorragies et au moment des périodes menstruelles l'écoulement n'a jamais dépassé la quantité normale.

En raison de cette particularité, l'examen de cette pièce nous a paru particulièrement intéressante.

Tout d'abord la muqueuse est uniformément très réduite, en second lieu, les glandes sont rares, comprimées et le stroma est surtout abondant en fibres conjonctives.

La tumeur fibromyomateuse elle-même présente un aspect tout spécial ; nous l'avons comparée avec des préparations de fibro myomes typiques du laboratoire de la clinique chirurgicale et nous avons été frappé par les faits suivants : les fibres cellules sont en proportion minime ; la majeure partie est occupée par du tissu conjonctif qui enserre étroitement les éléments contractiles ; enfin les vaisseaux modérément abondants, ont des parois bien dessinées. Pas plus que dans la muqueuse il n'existe de rupture vasculaire ni d'extravasation sanguine.

Le tissu de néoformation donne plutôt l'impression d'une sclérose que d'un fibromyome.

OBSERVATION IV

Fibrome interstitiel du volume d'une mandarine encastré dans la paroi latérale gauche de l'utérus. La muqueuse est modérément mais inégalement hypertrophiée surtout du côté de la tumeur. Les pertes sanguines ne se produisaient qu'au moment des règles.

Les lésions se distinguent par leur caractère primitif ; les glandes sont hypertrophiées et hyperplasiées ; quant au stroma, parcouru par de nombreux capillaires dilatés, il est le siège de fréquentes extravasations et d'exsudats séro-albumineux qui dissocient les éléments de structure.

Parmi ces derniers, on distingue les cellules fixes du stroma, mais, en outre, on y observe des éléments anormaux, en particulier des lymphocytes et des mononucléaires ; enfin, en certains points on constate la présence de quelques leucocytes à

noyaux polymorphes et à granulations neutrophiles qui paraissent la preuve du caractère aigu des processus métritiques.

En somme, il s'agit d'une endométrite mixte, à prédominance interstitielle, remarquable par son caractère récent.

OBSERVATION V

Deux fibromyomes pédiculés du volume d'une mandarine. Corps utérin bosselé de noyaux fibromyomateux, pesant 1660 grammes avec les masses annexes. Hémorragies assez abondantes.

La muqueuse examinée à l'œil nu, sur une coupe longitudinale, présente un aspect spongieux.

L'examen microscopique donne l'explication de cette apparence. Le stroma est réduit à de très minces travées qui séparent les glandes; ces dernières sont énormément dilatées et dessinent de vastes cavités anfractueuses, dans lesquelles se projettent des sortes d'éperons ; les cellules bordantes sont normales.

Du côté de la cavité corporéale, on note la disparition de l'épithélium et le stroma est transformé en une sorte de tissu de granulation bourré de cellules embryonnaires et parcouru par des capillaires à paroi sclérosée et parfois à lumière oblitérée par la sclérose.

En résumé, il s'agit avant tout d'une endométrite glanduaire ; mais les couches superficielles de l'endométrium sont transformées en tissu de granulation, ce qui semble indiquer un processus de réaction vis-à-vis de l'infection.

OBSERVATION VI

Fibromyomatose frappant la totalité du corps utérin mais peu développée. Métrorragies assez abondantes.

L'utérus forme une masse légèrement asymétrique surtout

développée à gauche; il a subi en totalité la dégénérescence fibromyomateuse ; il mesure 14 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur.

Sur une section médio-longitudinale, la muqueuse à un aspect moussu; son épaisseur est en moyenne de 4 à 5 millimètres.

Les altérations portent sur le tissu interstitiel et sur les glandes ; en outre, il existe des phénomènes hémorragiques.

Le stroma a complètement changé d'aspect mais sa structure varie avec les points envisagés, sans qu'il soit possible toutefois de préciser cette répartition ; en certains points, il existe des cellules embryonnaires, mais celles-ci sont toujours peu abondantes ; plus importante est l'extension du tissu muqueux qui dessine de larges plages et qui affecte ici encore l'aspect habituel de cellules irrégulièrement étoilées, anastomosées les unes avec les autres et séparées par une masse fondamentale de mucine. En nombre de zones, ce tissu myxo-formatif évolue en tissu conjonctif fibrillaire, indiquant ainsi la tendance quasi-fatale du tissu réactionnel à la sclérose.

L'ensemble des éléments sus-indiqués délimite un système de mailles et de lacunes qui sont partiellement occupées par des cellules de diverse nature ; ce sont d'abord des hématies plus ou moins altérées qui, issues de capillaires rupturés, s'infiltrent dans le stroma et y provoquent des hémorragies qui ne dépassent pas les limites de la muqueuse ou qui, au contraire, repoussant et détruisant les tissus devant elles, se font jour jusque dans la cavité corporéale, où elles deviennent la source de métrorragies.

Les autres éléments sont caractérisés par un cytoplasma bien développé faiblement basophile et un noyau riche en chromatine ; quelques-unes d'entre elles se font remarquer par la forme polyédrique de leur cytoplasma, qui, ici encore, est basophile, par la position excentrique de leur cytoplasma, enfin par la disposition périphérique de la chromatine sous forme de karyosomes radiaires et marginaux ; en somme, ces derniers correspondent aux plasmazellen si nombreux dans les inflamma-

tions et irritations des autres tissus, mais dont la présence n'avait peut-être pas encore été signalée au niveau de la muqueuse utérine. Nous noterons ensuite la fréquence extrême des macrophages, c'est-à-dire de cellules à cytoplasma bien développé, acidophile, renfermant des débris cellulaires à divers stades de digestion.

L'épithélium de revêtement est sensiblement normal ; cependant il offre par places des signes de prolifération.

Nulle part on n'observe de leucocytes à noyaux polymorphes et à granulations neutrophiles.

Les glandes sont hypertrophiées ; la vitrée persiste sans changement, mais les cellules ont proliféré et sont disposées sur plusieurs couches ; la cavité glandulaire est fréquemment obstruée par des produits de sécrétion ; nombre de cellules sont pénétrées par des leucocytes.

En résumé, cette muqueuse offre des lésions multiples.

1° Le tissu glandulaire est à la phase d'inflammation subaiguë ;

2° Les glandes sont légèrement touchées ;

3° Il existe des hémorragies.

Par conséquent, il s'agit d'une endométrite subaiguë à prédominance de lésions interstitielles.

OBSERVATION VII

Fibro-myomatose utérine frappant la totalité du corps utérin et le transformant en une masse volumineuse, irrégulière, mamelonnée, mesurant environ 14 centimètres de longueur sur 9 centimètres de largeur ; il existe, en outre, deux fibromes pédiculés, dont l'un a le volume d'une mandarine, l'autre du poing. Sur une section médio-longitudinale, la cavité corporéale dessine une large fente, séparée du fond de la masse par une bande épaisse de tissu fibro-myomateux ; elle est limitée par une muqueuse qui frappe par un aspect spongieux ayant une aisseur qui oscille entre 2 et 5 millimètres.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'aspect anormal des glandes ; sur les coupes perpendiculaires celles-ci dessinent non plus des tubes, mais de longues figures cloisonnées, ce qui tient à l'existence de nombreux plis de prolifération qui obstruent plus ou moins complètement la lumière glandulaire; en outre, les tubes sont contournés, tirebouchonnés; les cellules sont hyperplasiées; la lumière, considérablement dilatée, renferme de gros cylindres de mucus coagulé.

L'épithélium qui tapisse la cavité corporéale a changé d'aspect ; il rappelle celui qui revêt la face interne des glandes.

Le stroma complètement modifié présente trois catégories principales de lésions :

A). — Il est pénétré de cellules inflammatoires qui forment par places des nodules.

B). — En d'autres points, toutes les cellules ont un aspect étoilé ; elles sont anastomosées les unes avec les autres.

C). — Enfin de larges espaces sont occupés par des exsudats séro-albumineux que compriment et détruisent les éléments englobés ; en certains points, ces exsudats sont remplacés par des extravasations sanguines.

En résumé, il s'agit d'une endométrite caractérisée par :

1° De la prolifération glandulaire.

2° De l'infiltration embryonnaire du tissu interstitiel et la formation d'exsudats séro-albumineux et hémorragiques.

Par conséquent, ces lésions rentrent dans la catégorie de l'endométrite mixte avec exsudats.

OBSERVATION VIII

L'utérus, qui mesure seize centimètres de longueur, est irrégulièrement développé et mamelonné dans sa moitié gauche par suite de la présence de petits fibromes interstitiels et sous-muqueux.

La malade souffrait d'hémorragies très abondantes qui, en partie, ont déterminé l'opération.

La muqueuse est manifestement épaissie ; cette modification est due à l'hyperplasie de l'élément glandulaire et du stroma, mais ce qui imprime un cachet spécial aux lésions c'est le fait suivant :

Glandes et stroma sont infiltrés par un nombre considérable d'éléments leucocytaires qui pénètrent partout, jusqu'à l'intérieur des cellules glandulaires ; ces dernières affectent, soit la forme de cellules embryonnaires, soit de cellules à cytoplasma bien développé, basophile, à noyau riche en chromatine.

En somme, il s'agit d'une endométrite à forme interstitielle prépondérante avec réactions leucocytaires accusées.

OBSERVATION IX (1)

L'utérus présente quelques fibromyomes extrêmement petits; la cavité utérine est dilatée, irrégulièrement anfractueuse. Pas de ménorragies, ni de métrorragies.

On peut résumer les lésions dont l'utérus est le siège en disant que l'organe présente quelques noyaux fibromyomateux et que dans sa totalité, il est sclérosé et enflammé.

Au premier coup d'œil, on est frappé par l'aspect dense du stroma qui est infiltré d'une quantité considérable de cellules inflammatoires et qui est traversé par de nombreux capillaires dilatés ; en revanche, les glandes sont moins nombreuses et comprimées par le tissu conjonctif.

1. *Les pièces IX et X proviennent des deux femmes opérées par le Dr Pichevin : L'hystérectomie avait été pratiquée en raison des phénomènes morbides produits par la rétrodériation. A un autre point de vue, elles ont été de la part de ce gynécologue l'objet d'une communication au congrès international de gynécologie tenu à Genève en* 1896.

Du côté du parenchyme, on note une sclérose intense et les vaisseaux y présentent un épaississement extrême des parois.

En somme, les lésions doivent prendre place dans la catégorie de la métrite subaiguë.

OBSERVATION X

L'utérus est très fortement hypertrophié et sclérosé; il mesure 12 centimètres de longueur. Il a été extirpé pour les raisons déjà indiquée à propos de la pièce IX.

La muqueuse est manifestement épaissie et délimite une cavité très vaste et très inégale.

La muqueuse a une épaisseur moyenne de 5 millimètres et ses lésions sont très accusées ; elles portent surtout sur le stroma.

Dans les zones hyperplasiées on observe les faits suivants :

Les glandes ont en partie disparu sous la poussée des cellules inflammatoires. Le stroma est le siège d'une infiltration embryonnaire intense et de nombreux vaisseaux dilatés à structure de capillaires le sillonnent en tous sens.

Quant au parenchyme utérin, comme dans le précédent, il est parfaitement sclérosé, sans présenter cependant de véritables noyaux fibromateux. Le tissu musculaire est remplacé en certains points par du tissu lamineux assez riche en vaisseaux.

En résumé, la muqueuse est atteinte d'endométrite surtout interstitielle ; le muscle utérin est sclérosé.

CHAPITRE III

RÉFLEXIONS SUR LES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES.

PARAGRAPHE PREMIER

Après avoir décrit en détail les diverses muqueuses provenant d'utérus fibromateux, nous tenterons de synthétiser les résultats fournis par nos examens et ensuite d'en dégager quelques conclusions.

Un premier fait nous a frappé, c'est le caractère inflammatoire des lésions qu'il nous a été donné d'observer et, à part la constatation de microorganismes, on doit reconnaître que la plupart de nos pièces reproduisent les traits essentiels des altérations décrites par les auteurs classiques sous le nom d'endométrite.

En premier lieu, nous avons constaté que le stroma est susceptible de s'infiltrer de cellules inflammatoires reconnaissables à leur petite taille, à la richesse en chromatine de leur noyau, enfin, à la réduction de leur cytoplasma. Ce caractère inflammatoire est corroboré par nombre d'autres faits de structure, au premier rang

desquels il faut signaler la présence des leucocytes à noyaux polymorphes, dont la signification est actuellement trop connue pour que nous ayons besoin d'insister sur ce point.

Une des pièces que nous avons étudiées (*Observation VI*) nous a offert à ce point de vue des éléments extrêmement intéressants : des plasmazellen. On sait que sous ce nom, Unna a décrit, dans le tissu conjonctif, des cellules caractérisées par leur taille plus élévée que celle des leucocytes, par leur protoplasma granuleux, basophile, enfin par leur noyau excentrique à karyosomes périphériques ; or, bien que ces éléments se retrouvent à l'état normal, cependant leur présence, en quelque abondance est un signe d'inflammation non douteux.

A notre point de vue, la constatation d'une proportion notable de ces éléments dans la muqueuse de l'utérus fibromyomateux méritait une mention.

D'autre part, nombre d'autres phénomènes encore, plaident dans le même sens. C'est d'abord la néoformation des capillaires, leur dilatation et, dans certains cas, leur sclérose qui peut parfois aboutir à l'oblitération de la lumière, ensuite c'est la réaction du stroma, qui peut se traduire par des phénomènes de macrophagie. Enfin, on note fréquemment des hémorragies interstitielles et des exsudats séro-albumineux.

Les modifications des glandes ne sont pas moins significatives. Comme dans la métrite véritable, elles s'hypertrophient et leur épithélium prolifère en même temps que leur sécrétion s'exagère manifestement.

En face des lésions de la muqueuse de l'utérus fibromyomateux, nous avons cru intéressant de faire figurer les examens des deux utérus (*Observations IX et X*) extirpés pour des rétroversions donnant lieu à des troubles graves. Le parenchyme de l'un d'entre ceux-ci (*Observation IX*) présente quelques petits noyaux fibromateux peu développés ; dans l'autre matrice, il s'agit simplement de phénomènes de sclérose ; néanmoins, on remarquera que, dans ces deux conditions, la muqueuse est enflammée et qu'à part les variations d'intensité, les lésions sont très voisines l'une de l'autre et qu'enfin aucune différence essentielle ne permet de les distinguer de celles qui ont leur siège dans l'utérus fibromyomateux.

Cette constatation, comme on le verra ultérieurement, paraît constituer un argument en faveur du rôle pathogénique de la diathèse fibromateuse.

PARAGRAPHE II

Au point de vue de l'évolution des lésions, nous distinguons deux types :

1° Un type hypertrophique.

2° Un type atrophique.

1° La première de ces formes est caractérisée microscopiquement par une augmentation d'épaisseur de la muqueuse ; au point de vue histologique, les lésions portent à la fois sur le stroma et sur les glandes ; mais, en général, certaines sont prédominantes.

En raison de leur caractère inflammatoire et de leur

similitude avec les processus métritiques indiscutables, il semble rationnel de les considérer comme des endométrites subaiguës se répartissant dans les diverses variétés suivantes :

a) Endométrite subaiguë à prédominance glandulaire.

b) Endométrite subaiguë à prédominance interstitielle.

c) Endométrite subaiguë mixte.

2° Le type atrophique est moins manifeste à l'œil nu, mais il est nettement caractérisé au point de vue histologique ; il consiste essentiellement dans l'atrophie des divers éléments constitutifs (en particulier de l'élément glandulaire) et dans une tendance à la sclérose, c'est une sorte d'endométrite scléreuse.

Nous verrons, plus loin, que les deux formes atrophique et hypertrophique se relient très probablement l'une à l'autre par des rapports genètiques étroits et que, vraisemblablement, elles ne représentent pas des lésions distinctes mais qu'elles ne sont que des stades évolutifs d'un même processus.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

SPÉCIFICITÉ ET CARACTÈRES DES LÉSIONS

PARAGRAPHE PREMIER

Spécificité des lésions.

L'ensemble des documents bibliographiques ne laisse pas que d'être assez disparate, comme on a pu le constater en lisant les pages consacrées à l'historique ; cependant, toutes les opinions relatives aux modifications de la muqueuse dans les utérus fibromyomateux peuvent se résumer ainsi :

1° Les lésions de la muqueuse constituent une variété spéciale ;

2° Les lésions de la muqueuse appartiennent au groupe endométritique.

Examinons successivement les arguments à faire valoir en faveur de ces deux conceptions.

La spécificité des lésions de la muqueuse au cours de la fibromyomatose a pour principaux défenseurs : Schmal, Marchesi et Roche.

Pour le premier de ces auteurs, il s'agit d'une hypertrophie diffuse non métritique ; Marchesi y voit des altérations hyperplasiques ; Roche, enfin, en fait de la pseudo-métrite.

Les arguments invoqués par ces auteurs peuvent se résumer de la façon suivante : tout d'abord, un fait dominerait l'histoire des lésions de la muqueuse ; l'absence des phénomènes inflammatoires. En effet, il n'y aurait ni infiltration embryonnaire, ce qui est caractéristique de l'inflammation aiguë, ni tissu cicatriciel ce ce qui est la preuve d'une inflammation chronique. En second lieu, l'examen bactériologique serait concluant puis qu'il n'existe pas de microorganismes dans l'épaisseur de la muqueuse.

Ces considérations, quelque vraisemblables qu'elles soient, prètent cependant le flanc à la critique. Tout d'abord, les arguments tirés de l'absence des microorganismes sont loin d'être convaincants, ainsi que quelques exemples l'établissent. On sait, en effet, combien, en pathologie humaine, sont fréquentes les lésions tuberculeuses, dans lesquelles il est impossible de déceler le bacille de Koch ; et cependant, les cellules géantes, les éléments lymphoïdes et le caséum suffisent amplement pour affirmer la nature tuberculeuse de l'affection ; aussi, malgré l'absence du microoganisme pathogène, n'hésite-t-on pas à admettre l'origine bacillaire de la lésion.

Un autre exemple aussi typique est fourni par l'actinomycose : l'École de Lyon ne soutient-elle pas qu'il est possible de reconnaître les altérations ayant cette origine, même lorsque le grain jaune n'est pas constatable. Plus démonstratifs encore sont ces nombreux cas d'endométrite indiscutable, développée en l'absence de toute autre lésion de l'utérus, où les examens sur lames les plus variés, effectués avec toutes les ressources de la technique moderne, ne permettent pas de mettre en évidence la moindre trace de microbe.

Enfin, les quelques doutes qui pourraient persister à ce sujet seront levés par l'histoire tout entière des inflammations à gonocoque où la fugacité extrême du microorganisme pathogène est de notion courante.

Le second argument basé sur l'absence de lésions inflammatoires représentées soit par de l'infiltration embryonnaire, soit par du tissu cicatriciel, nous paraît également contestable.

Tout d'abord, dans un nombre considérable de cas, la muqueuse frappée de métrite est à un stade d'évolution qui ne comporte pas de réactions cicatricielles ; par conséquent, cet argument n'est pas concluant. En second lieu, l'absence de l'infiltration embryonnaire est en contradiction avec toute une série de faits. Comment admettre que des anatomopathologistes comme Wyder, et Ruge entre autres, n'hésitent pas à appliquer l'épithète d'endométrite à des tissus non enflammés.

Une telle hypothèse est d'ailleurs inconciliable avec les faits qu'en 1889 le professeur Cornil a signalés

relativement aux lésions de la muqueuse, au cours de la fibromyomatose utérine.

Ce savant, en effet, insista sur l'existence d'une endométrite véritable chez les jeunes filles vierges, et il ne trouve d'autre explication à ce phénomène que la présence de fibromyomes. D'autre part, il décrit des fibromyomes avec « métrite interne concomitante ».

Les recherches de A. Claisse, relatives au développement du fibromyome ne sont pas moins concluantes. Cet auteur prend la précaution de s'adresser à de petites tumeurs encore assez jeunes pour n'avoir pas encore subi, du fait de l'évolution, des altérations secondaires. Dans ces conditions, A. Claisse observe que la muqueuse peut présenter deux aspects :

1° L'un où dominent les lésions inflammatoires avec hypertrophie totale des divers éléments de l'utérus ;

2° L'autre, au contraire, atrophique à caractéristique fibreuse et où les altérations inflammatoires sont nulles ou peu accusées.

Dans le premier cas, de beaucoup le plus fréquent : « la muqueuse est épaissie, l'épithélium de la surface non proliférant a disparu en maints endroits ; les culs-de-sac glandulaires sont modérément dilatés, leur épithélium prolifère souvent avec activité ; *plusieurs couches de cellules arrondies* remplacent par endroit la rangée unique, cylindrique ; elles secrètent un mucus abondant ; le tissu conjonctif interglandulaire est envahi par des *cellules rondes inflammatoires* qui remplissent sa trame et qui écartent les culs-de-sac. Les vaisseaux de petit calibre ont un aspect normal, mais dans quel-

ques cas, au contraire, nous les avons vus se développer au point d'envahir la totalité du tissu interglandulaire. Il s'agit alors de *véritables endométrites* hémorragiques, les culs-de-sac baignant dans des lacs sanguins. »

La description précédente de A. Claisse ne permet pas de doutes ; la nature inflammatoire des lésions de la muqueuse est affirmée à trois reprises différentes par l'auteur en des termes que nous avons soulignés et elle est attestée de façon irrécusable par l'hyperplasie des cellules glandulaires, ainsi que par la présence de cellules rondes inflammatoires, deux phénomènes qui suffisent pour caractériser indiscutablement une lésion endométritique.

L'aspect atrophique, d'ailleurs, semble bien n'être autre chose qu'un stade ultime de la forme précédente, caractérisé essentiellement par de la sclérose ; dans ce cas, en effet, il existe une atrophie très marquée des éléments nobles, la muqueuse est réduite à un faible nombre de culs-de-sac de petite dimension, très écartés les uns des autres par du tissu conjonctif peu vasculaire et non infiltré de cellules rondes.

Parfois des culs-de-sac aberrants se remarquent au milieu de tissus sous jacents à la muqueuse. Les tissus musculaires sont de faible volume, divisés par la pénétration des travées conjonctives ; celles-ci se réunissent en larges bandes plus ou moins denses et prédominent dans la constitution de la paroi. Les vaisseaux ne sont pas dilatés ; ils sont encerclés par le tissu fibreux ; il n'en existe que fort peu qui soient entourés d'une couronne proliférante et celle-ci est peu développée. « En

résumé, conclut A. Claisse, dans le premier type nous trouvons des lésions de métrite et d'endométrite ; dans le deuxième des lésions de sclérose.

Le premier est un *utérus enflammé*.

Le deuxième un *utérus scléreux*. »

Les constatations que nous avons faites personnellement corroborent cette conception ; en effet, les observations I et II nous fournissent l'exemple de cellules inflammatoires tout à fait caractéristiques et même, ce qui est encore plus typique, nous voyons ces éléments se grouper en îlots ; en second lieu, l'observation IV nous a montré quelques leucocytes à noyaux polymorphes, et comme les auteurs s'accordent à le reconnaître, ceux-ci sont surtout caractéristiques des états inflammatoires et représentent par excellence l'élément pyogène.

D'autres faits encore plaident en faveur de cette notion. La nature inflammatoire des lésions de la muqueuse qui est attestée par la présence des cellules inflammatoires est confirmée par l'évolution ultérieure des tissus. En effet, en rapprochant nos observations les unes des autres, on peut les sérier, et on constate alors que tous les caractères de l'inflammation s'y trouvent réunis. Au tissu embryonnaire, on voit succéder du tissu muqueux qui s'organise progressivement vers un état plus différencié.

D'autre part, le stroma conjonctif présente, dans quelques cas, des phénomènes de macrophagie, affirmant ainsi sa fonction réactionnelle, son rôle de défense.

Les vaisseaux, d'ailleurs, ne restent pas étrangers à ces processus et dans plusieurs cas (*notamment observation I*) on observe que la sclérose peut les frapper à un degré élevé ; les capillaires participent également à ces lésions et nombre d'entre eux sont sclérosés ; dans quelques-uns, même, la lumière finit par s'oblitérer plus ou moins complètement.

En outre, le tissu conjonctif se développe progressivement et c'est peut-être à son apparition qu'est due l'atrophie de la muqueuse que nous notons dans plusieurs des observations sus-indiquées. Enfin, et c'est ce qui parachève le tableau, les glandes elles-mêmes sont touchées par l'inflammation du stroma : elles décrivent des sinuosités compliquées, les cellules secrétantes s'hyperplasient et à la place de l'unique assise normale on observe deux ou trois rangées de cellules qui hypersecrètent du mucus.

Toutefois, si la réaction conjonctive est intense, elle peut faire rapidement obstacle au développement des glandes et même les détruire plus ou moins complètement.

Si on rapproche cette description de celles données à propos de l'endométrite indiscutable par les auteurs classiques, en particulier par le professeur Cornil, on ne manquera pas d'être frappé de la grande ressemblance des deux processus.

PARAGRAPHE II

Caractères des lésions.

En rassemblant les observations publiées par les auteurs qui nous ont précédé, nous allons maintenant tenter de résumer les lésions de la muqueuse utérine qui se produisent concomitamment à la fibromyomatose de la matrice.

On peut distinguer dans celle-ci deux formes distinctes :

1° Une forme hypertrophique,

2° Une forme atrophique.

1° Forme hypertrophique.

La forme hypertrophique porte sur le stroma et sur l'élément glandulaire.

a). — STROMA

Les lésions les plus simples consistent en une infiltration du stroma par des cellules présentant tous les caractères des éléments embryonnaires : cytoplasma très faiblement développé, noyau volumineux, chromatine abondante. Ces cellules embryonnaires sont diffusément réparties en groupes, en îlots.

En outre, le caractère inflammatoire est encore accusé par la présence d'un petit nombre de leucocytes à noyaux polymorphes.

Les modifications ont un caractère réactionnel pri-

mitif et, comme dans tous les processus inflammatoires, ils évoluent vers une forme plus différenciée du tissu conjonctif : c'est ainsi qu'en nombre de points on voit apparaître du tissu à cellules ramifiées, qui se relient d'ailleurs par des transitions insensibles aux cellules embryonnaires, de telle sorte que là encore on doit songer à une évolution. Il est à remarquer que cette conception cadre exactement avec les notions classiques relatives aux modifications progressives du tissu embryonnaire dans les organes emflammés.

D'autre part, on note des phénomènes accessoires parmi lesquels il convient de signaler en première ligne de la macrophagie et des altérations vasculaires. On note, tout d'abord, une augmentation du nombre des capillaires, ainsi qu'une dilatation de leur lumière ; en outre, les vaisseaux présentent de fréquentes ruptures et donnent ainsi lieu à des hémorragies que l'on peut suivre dans le stroma et qui gagnent la cavité utérine, soit directement (ce qui est plus fréquent), soit en suivant les lumières glandulaires. Dans d'autres cas, les vaisseaux offrent des lésions d'une autre nature, leurs parois s'épaississent et finissent même par se scléroser au point que la lumière peut finir par s'oblitérer plus ou moins complètement.

Enfin, nous signalerons la présence de nombreux exsudats séreux et séro-albumineux ; à ce propos, nous rappellerons qu'une de nos observations nous a fourni l'exemple d'un œdème de la muqueuse.

L'ensemble des lésions qui précèdent caractérise nettement l'endométrite interstitielle.

b). — TISSU GLANDULAIRE

Les lésions du tissu glandulaire ne sont pas moins manifestes. Tout d'abord, nous signalerons le fait qu'il est fréquent de voir le revêtement épithélial faire défaut; dans ce cas, le stroma, plus ou moins modifié, limite directement, sur une étendue variable la cavité corporéale. En second lieu, le tissu sécrétant proprement dit réagit manifestement : les glandes s'hypertrophient et se multiplient, de telle sorte que, dans un champ optique donné, elles paraissent plus nombreuses que normalement; en raison même de l'hyperplasie dont elles sont le siège, elles éprouvent de la difficulté à se loger dans le stroma et n'y parviennent qu'en se pelotonnant ou en se tirbouchonnant.

Dans certains cas, l'épithélium qui tapisse la cavité utérine participe à son tour à ces modifications, il prolifère il se divise activement et il comprend deux et parfois trois couches de cellules superposées, mais dans ce cas, la vitrée demeure toujours continue.

A la multiplication des cellules glandulaires correspond une hypersécrétion de mucus, dont on voit des quantités plus ou moins considérables soit dans les portions dilatées ou kystiques soit encore, un peu partout, sous forme de cylindres.

L'ensemble de ces modifications reproduit trait pour trait la description de l'endométrite glandulaire, telle qu'elle a été exposée par Ruge, Winter, de Sinety et V. Cornil.

Toutefois, nous nous hâterons d'ajouter que cette distinction des deux endométrites : l'une interstitielle l'autre glandulaire, est théorique ; pour l'endométrite du fibromyome, comme pour l'inflammation banale de la muqueuse, il est rationnel de conclure avec A. Pettit « que ces deux formes sont bien plutôt des schémas que des entités réelles ; en clinique, on ne constate qu'exceptionnellement des inflammations strictement limitées soit au tissu conjonctif, soit au revêtement des glandes ; la règle, c'est d'observer un stroma de nature conjonctive en voie de prolifération active, dans lequel les intervalles qui séparent les glandes sont rapprochés, les glandes dilatées et modifiées comme il a été dit. »

Par conséquent, les lésions hypertrophiques de la muqueuse utérine dans le cas de fibromyomatose doivent prendre en général place dans la catégorie de l'endométrite mixte subaiguë.

2° Forme atrophique.

La description de cette forme est extrêmement simple : elle consiste surtout dans l'aplasie de toute la muqueuse ; les glandes sont sensiblement diminuées de nombre ; elles sont plus ou moins comprimées et leurs cellules peu volumineuses. Le stroma est sclérosé et traversé par de nombreux vaisseaux ayant également une tendance à la sclérose.

Par conséquent, nous croyons logique de considérer

la forme atrophique comme une endométrite subaiguë scléreuse.

Les deux types d'endométrite hypertrophique, ainsi que la forme atrophique, sont nettement caractérisés au point de vue anatomo-pathologique. Cependant, on doit se demander si les deux formes de lésions doivent former deux classes séparées ?

On ne saurait répondre catégoriquement à une telle question ; cependant il est tout à fait vraisemblable, étant données les nombreuses transitions qu'on observe entre ces dernières, qu'il s'agit simplement de deux stades d'un même processus évolutif, l'endométrite scléreuse n'étant que la forme ultime des lésions qui font leur apparition dans la muqueuse sous la forme d'une infiltration embryonnaire.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DES LÉSIONS

PARAGRAPHE PREMIER

De l'état des annexes dans la fibromyomatose.

Après avoir tracé le tableau des lésions, dont la muqueuse utérine est le siège au cours de la fibromyomatose, il convient d'examiner les rapports qui unissent celles-ci aux néoplasmes fibreux.

A ce point de vue, trois hypothèses peuvent être émises :

1° Il y a simple coïncidence entre l'endométrite et la fibromyomatose ;

2° Il y a un rapport genètique entre l'endométrite et la fibromyomatose ;

3° Une même cause engendre les deux altérations endométritique et fibromyomateuse sans que l'une puisse provoquer l'autre.

Examinons ces diverses conceptions.

1° Il y a simple coïncidence entre l'endométrite et la fibromyomatose ?

Nous ne connaissons guère que les observations de Doléris, qui soient favorables à cette hypothèse ; cet auteur, en effet, a soutenu que, dans le cas de fibromyomes utérins, l'endométrite est inconstante. Mais, il faut reconnaître que dans l'extrême majorité des cas, les deux lésions coexistent et, que l'inverse est absolument exceptionnel.

D'autre part, nous verrons que certaines conditions peuvent être vraisemblablement considérées comme étant susceptibles de produire simultanément la fibromyomatose et les lésions endométriques.

2° Il y a un rapport genétique entre l'endométrite et la fibromyomatose.

Cette opinion ne paraît pas soutenable à l'heure actuelle pour les raisons suivantes :

Les constatations anatomo-pathologiques les plus anciennes mettent en évidence de la façon la plus catégorique, qu'une endométrite si intense et si invétérée soit-elle, est incapable de provoquer la dégénérescence myomateuse de la matrice.

En second lieu, on ne saurait non plus prétendre que le fibromyome est susceptible de déterminer l'apparition d'une endométrite pour cette raison que l'endométrium est semblable dans l'utérus scléreux sans fibrome et dans l'utérus scléreux contenant un fibrome à son début.

3° Une même cause engendre les deux altérations

endométrique et fibromyomateuse sans que l'une puisse provoquer l'autre.

Cette hypothèse paraît la plus vraisemblable à l'heure actuelle, ainsi qu'il résulte de très nombreuses observations, en particulier les recherches de Constantin Daniel (11).

En effet, le fibromyome de l'utérus affecte un caractère très spécial par rapport à la plupart des autres tumeurs ; notamment on ne saurait le considérer simplement comme une masse de tissu néoplasique, plus ou moins étendue dans l'épaisseur du parenchyme utérin ; il semble s'agir, au contraire, d'une affection surtout caractérisée par la néoformation dans l'utérus de masses néoplasiques, ayant un retentissement profond sur l'ensemble des organes génitaux.

Constantin Daniel, en particulier, a bien mis en évidence ce phénomène ; en faisant la statistique de 184 cas de fibromyomes opérés à la clinique du professeur S. Pozzi, cet auteur a constaté que dans 59 0/0 des cas, le fibromyome utérin s'accompagne d'altérations annexielles, qui se résument de la façon suivante :

Parmi les lésions annexielles, C. Daniel classe non seulement les altérations limitées à la trompe et aux ovaires, mais aussi celles qui prennent naissance dans les rudiments Wolfiens et aussi celles qu'il désigne sous le nom d'altérations de voisinage.

Altération des trompes.

L'oviducte peut être le siège de tous les degrés d'altérations anatomiques : l'hyperplasie, l'hyperémie, l'inflammation catharrale peuvent ou bien exister isolées, ou s'associer entre elles, la participation de l'ovaire étant presque constante.

a). — *Salpingite catharrale.* — Sur 70 cas d'altérations annexielles, dix-huit fois soit 25, 70 0/0 on a rencontré de la salpingite catharrale. Dans ce groupe, il faut placer aussi l'allongement de la trompe, connu à l'étranger sous le nom de salpingite nodulo-kystique ; cette lésion, produite par le tiraillement exercé sur la trompe, a pu donner à cet organe une longueur de 23 centimètres dans un cas de Fabricius.

Au point de vue historique, d'après Gréco, l'altération, consistant en une hyperplasie discrète de la muqueuse et de la musculeuse, porte le plus souvent sur la partie ligamentaire de la trompe. On peut voir aussi une véritable atrophie des parois de l'organe.

La portion interstitielle de la trompe peut, elle aussi être atteinte, et la modification consiste en une atrésie de cette portion interstitielle.

b). — *Salpingite chronique parenchymateuse.* — Sur 70 observations elle existait treize fois (soit 188 p. 100) les trompes sont charnues, friables et, en général, adhérentes au péritoine pelvien et aux ovaires.

c). — *Salpingite purulente.* — La salpingite aiguë purulente non kystique, avec perméabilité de l'ostium

utérinum, n'a été que très rarement observée. L'ostium abdominal est oblitéré par agglutination des franges. La cavité de la trompe est irrégulière, moniliforme, rempli d'un pus qui s'écoule par l'orifice utérin resté perméable.

Le pyosalpinx est beaucoup plus fréquent. L'auteur l'a rencontré dans 1.43 p. 100 des cas. Cette lésion peut être uni ou bi-latérale. L'adhérence aux organes voisins est de règle dans le pyosalpinx, bien qu'on ait rencontré des cas où l'ovaire était intact.

d). — *Hydrosalpinx.* — Cette complication a été vue dans 14.03 p. 100 des cas. La trompe ne dépasse ordinairement pas le volume d'une poire. Dans la majorité des cas les lésions restent isolées, mais quelquefois on rencontre des altérations scléreuses ou sclérokystiques de l'ovaire.

e). — *Hématosalpinx.* — Rencontré dans 2.88 p. 100 des cas, l'hématome se voit sous forme d'apoplexie de la trompe ou sous forme de salpingite hémato-kystique.

f). — *Tuberculose tubaire.* — On rencontre la forme kystique, le pyosalpinx tuberculeux ou encore l'infiltration tuberculeuse de l'oviducte avec agglutination des franges et persistance de l'orifice utérin.

g). — *Grossesse ectopique.* — Sur 15 observations, il semble que deux fois seulement le fibrome ait put agir sur l'orifice utérin de la trompe pour empêcher la migration de l'ovule fécondé vers la cavité utérine.

2° Altérations des ovaires.

Pour Greco, l'ovule serait atteint plus souvent que la trompe au cours de l'évolution des fibromes utérins et ce n'est que très rarement qu'il est normal à la vue ou à la coupe.

Les recherches de Bilius; de Cornil et de l'auteur sont d'accord pour admettre la fréquence plus grande des altérations des ovaires sur celles des trompes.

Sur soixante dix cas de fibromes coïncidant avec des altérations annexielles, vingt-huit fois (soit 40 p. 100) il y avait fibrome accompagné d'altération isolée des ovaires, tandis que l'association de la salpingite et du fibrome n'existait que douze fois (soit 17 p. 100). Enfin, la coexistence d'altérations tubaires et ovariennes à la fois a été observée trente fois (soit 42,88 p. 100).

a). — *Ovarite chronique.* — C'est la forme la plus fréquente. Elle se montre sous ses deux formes habituelles; l'ovarite chronique hypertrophique et l'ovarite chronique atrophique.

b). — *Dégénérescence kystique des ovaires.* — Celle-ci se présente sous la forme hémato-kystique.

Cette dégénérescence, qui se rencontre dans 21,42 0/0 des cas, semble bien être une conséquence de la présence du fibrome.

c). — *Altération du corps jaune.* — A part les kystes hémorragiques du corps jaune, on peut constater, au cours du fibromyome utérin, d'autres altérations, et

particulièrement l'hypertrophie du corps jaune. L'hypertrophie peut se rencontrer dans tous les états congestifs de l'utérus et des annexes, et particulièrement dans les fibromes, mais c'est là une altération rare, vue par Pilliet dans quatre cas et seulement une fois par l'auteur.

d). — *Suppuration ovarienne.* — L'abcès isolé de l'ovaire est rare. Il semble que l'infection annexielle soit bien le fait d'une infection surajoutée, tandis que la dégénérescence de l'ovaire serait une altération concomitante, les deux lésions, fibrome utérin et altération ovarienne, formant un tout pathologique de même origine.

e). — *Tuberculose de l'ovaire.* — Elle est ordinairement consécutive à la tuberculose des trompes ou du péritoine. L'ovaire peut être parsemé de granulations transparentes et conserve ses dimensions normales, ou bien, au contraire, il est hypertrophié, bosselé, irrégulier, contenant des amas caséeux.

f). — *Tumeurs, liquides, kystes de l'ovaire.* — Il s'agit ici de grosses tumeurs liquides nécessitant une intervention chirurgicale. Sur soixante-dix observations, le kyste de l'ovaire a été rencontré par l'auteur deux fois (soit 2.88 p. 100.) Ces kystes peuvent être mucoïdes, dermoïdes ou mixtes. Chez une femme de quarante-huit ans, Buffet a rencontré un fibrome sous-péritonéal de 36 livres coexistant avec un kyste de l'ovaire gauche contenant80 litres de liquide citrin.

Sur quarante-cinq cas de kyste ovarique accompagnant un fibrome utérin, le kyste mucoïde a été rencon-

tré quarante fois, le kyste dermoïde cinq fois. Les kystes unilatéraux sont plus fréquents que les bilatéraux.

9. — *Tumeurs solides de l'ovaire.* — Les néoplasmes n'ont été que très rarement vus au cours des fibromes utérins. Sur soixante-dix observations, Daniel n'a rencontré la tumeur solide des ovaires qu'une fois soit (1,42 p. 100.)

3° Altérations du ligament large.

Kystes résiduels développés aux dépens des débris du corps de Wolff ; tumeurs solides du ligament large (*varicocèle pelvien*). — Les restes embryonnaires du ligament large, à l'occasion d'un néoplasme et en raison de l'exagération de la nutrition qu'il entraîne, peuvent subir une poussée amenant des formations kystiques ou des tumeurs solides. Les kystes ligamentaires (microkystes du ligament large, kystes parovariens, kystes du pavillon de la trompe, kystes paratubaires) n'ont été observés que deux fois par l'auteur.

Les tumeurs solides du ligament large qui accompagnent les fibromes utérins sont très rares ; les fibromes semblent être les plus fréquentes. Le varicocèle pelvien existait quatre fois sur les soixante-dix observations de Daniel. Dans ces quatre cas, il y avait en même temps ovarite scléro-kystique.

On peut rapprocher de ce groupe des altérations du voisinage comprenant les adhérences, les ruptures des poches salpingiennes.

4°. — Lésions des annexes au cours des fibromes altérés et dégénérés.

Par ses altérations et ses dégénérescences, le fibrome peut excercer une influence sur les annexes.

Sur soixante-dix observations de l'auteur, deux fois les fibromes altérés ont retenti sur les annexes. Dans un cas de fibrome sphacélé, il semblait que le sphacèle se poursuivait jusque dans les ovaires. Un autre fibrome, élangiectasique celui-ci, avait déterminé une dilatation des veines du bord supérieur du ligament large.

La suppuration du fibrome peut coexister avec une inflammation de l'appareil tubo-ovarien allant de la simple oophoro-salpingite jusqu'à la forme purulente enkystée.

La dégénérescence maligne des fibromes peut retentir secondairement sur les annexes. Dans un cas de Bouglé, l'utérus fibromateux avait été le point de départ de la dégénérescence cancéreuse qui s'est propagée aux ovaires.

La gangrène aseptique, ne retentit pas sur les annexes.

Dans la gangrène septique, les annexes peuvent être altérées. Enfin, dans la torsion axiale de l'utérus, on peut rencontrer des troubles circulatoires proportionnels au degré de torsion.

En somme, dans le fibromyome utérin, les annexes tout entières sont lésées dans plus de la moitié des

cas et les altérations qui se produisent dans ces conditions peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Hyperplasie des éléments épithéliaux et endothéliaux.

2° Hyperplasie avec sclérose des muscles et du tissu conjonctif. Les vaisseaux notamment présentent de l'endopérisvascularite.

Or ces lésions correspondent très exactement à la caractéristique des altérations de l'endométrium, telle qu'elle se dégage de l'ensemble des observations publiées jusqu'à ce jour. Par conséquent, il est rationnel de penser que l'endométrite de la fibromyomatose n'est qu'une des localisations du complexus pathologique qui englobe l'appareil pelvien tout entier, au cours de l'envahissement de la matrice par le tissu fibromyomateux.

PARAGRAPHE II

Origine des lésions

Après avoir établi l'existence d'un complexus pathologique frappant dans son ensemble la sphère génitale, tentons de rechercher les causes susceptibles, de provoquer les phénomènes.

Celles-ci peuvent se ramener à trois facteurs :

1° L'infection ;

2° Le processus ;

3° L'action directe du tissu néoplasique sur tout l'appareil tubo-utéro-ovarien.

L'importance de ces divers facteurs est très variable. L'infection notamment, dont la participation même paraît indéniable a un rôle cependant secondaire ; l'action directe, presque mécanique, des fibromes sur les annexes qui empêche, en quelque sorte, le drainage naturel des conduits génitaux est encore négligeable ; en revanche, le rôle pathogénique capital est rempli par le processus fibromateux.

Comme le fait observer C. Daniel (11), à côté des annexites proprement dites, purement inflammatoires, il existe d'autres altérations des ovaires et des trompes caractérisées par l'hyperplasie simple des tissus de la trompe et du côté des ovaires par l'hypertrophie avec atrophie et dégénérescence consécutives. Dans ce deuxième cas, l'altération est de même ordre que l'hypertrophie de la muqueuse utérine, et le tout relève du même processus pathologique : l'altération vasculaire si fréquente au cours des fibromes, les vaisseaux étant épaissis et même oblitérés entraînent une activité hyperplasique formative qui aboutit à l'hypertrophie du tissu musculaire et de la muqueuse.

Cette influence du fibrome agit en éveillant l'activité des organes embryonnaires contenus dans le ligament large. « Il y a plus qu'une rencontre fortuite, et le mouvement nutritif exagéré résultant de la grossesse fibreuse doit favoriser le développement de ces kystes aux dépens des vestiges du corps de Wolff, qui sommeillent dans le paramétrium (Pozzi).

Quant à la source originelle de cette sclérose, on en est réduit à des conjectures, et Claisse invoque la

nature inflammatoire, microbienne des fibromyomes, mais on en est encore à attendre des arguments en faveur de cette conception ingénieuse, mais sujette à caution à l'heure actuelle. Roche (28) auquel sourit l'hypothèse de Claisse, arrive à des conclusions assez voisines ; pour cet auteur, la lésion primitive de la muqueuse utérine dans les fibromes, la pseudo-métrite, hypertrophique, est indépendante du fibrome lui-même et dépend seulement de la congestion utérine initiale.

Cette congestion initiale est la caractéristique de l'utérus fibrogène.

Par conséquent, lésion primitive de la muqueuse et fibrome indépendants l'un de l'autre, dépendent tous deux d'une même cause initiale : la congestion utérine.

Les lésions secondaires d'ordre mécanique sont naturellement sous la dépendance du fibrome, de son volume, de sa situation par rapport à la cavité utérine. Par leur existence, ces lésions créent un point d'appui à l'infection exogène et de ce fait les lésions secondaires infectieuses se trouvent-elles aussi sous la dépendance du néoplasme.

Intéressantes sont sans doute les précédentes conclusions de Roche, mais, l'on peut se demander quelles sont les causes qui déterminent la congestion.

Pour notre part, il nous semble que ces phénomènes peuvent s'expliquer assez simplement ; mais nous ne présentons cette conception que sous réserves, étant incapable d'en fournir une démonstration rigoureuse.

Dans nombre de fibromyomes utérins très caractérisés, il est, en effet, assez fréquent d'observer une véri-

table cachexie comparable à celle produite par les néoplasmes épithéliaux ou sarcomateux ; dans ces conditions, on trouve des lésions accusées soit du rein, soit du foie, soit des deux organes à la fois.

Aussi, on peut se demander si les cellules du tissu fibromyomateux n'élaborent pas des produits toxiques dont l'action se manifeste en dehors de la sphère génitale ; dès lors, on pourrait peut-être expliquer les lésions des trompes, des ovaires et de la muqueuse utérine par la présence dans le sang d'une toxalbumine, sécrétée par les néoplasmes fibreux.

Les conditions étiologiques des fibromyomes sont encore assez obscures ; à ce point de vue, cependant, nous citerons les intéressantes remarques de M. le Professeur Pinard (22) qui jettent une clarté nouvelle sur la question que l'auteur lui-même résume de la façon suivante. « Depuis que les circonstances m'ont permis d'observer un grand nombre de femmes pendant leur vie génésique..., je n'ai cessé de constater des faits qui tous militent en faveur de l'opinion de Bayle, suivant laquelle on observa des corps fibreux utérins dans toutes les conditions et à toutes les périodes de la vie de la femme.

J'ai, depuis longtemps déjà, la conviction absolue que l'inobservance de la fonction complète de reproduction est la cause qui favorise le plus l'éclosion et le développement des fibromyomes de l'utérus et je professe que la fertilisation tardive et la stérilité secondaire sont des facteurs étiologiques du fibromyome utérin.

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE.

PARAGRAPHE I

Mécanisme des hémorragies.

Le professeur Pozzi, comme nous l'avons déjà vu, a bien mis en lumière le caractère métritique de certains fibromyomes, qui se traduisent, au point de vue clinique par des signes de métrite, parmi lesquels prédominent les phénomènes hémorragiques.

Ceci nous amène à rechercher l'origine de ces hémorragies. A ce point de vue, nombre d'auteurs (et nous-même avons pu vérifier cette assertion) ont constaté dans l'épaisseur de la muqueuse utérine des capillaires sanguins, offrant des déchirures par lesquelles le sang s'écoule et s'extravase dans le stroma.

Von. Campe un des premiers, a insisté sur ces altérations ; cependant, il n'a pas cru pouvoir se prononcer sur l'origine des hémorragies. Wyder, en revanche, n'a pas hésité à trancher la question affirmativement et pour

lui les hémorragies sont indubitablement sous la dépendance des lésions vasculaires.

S'il s'agit d'une endométrite glandulaire, la multiplication des glandes comprime les vaisseaux et amène leur rupture ; si l'on est en présence d'une inflammation interstitielle, les lésions fibreuses retentissent sur les vaisseaux et donnent naissance à d'abondantes hémorragies. Aussi peut-on comprendre que la perte de sang soit fréquente quand les fibromes sont proches de la cavité utérine.

Plus rares sont les hémorragies quand la muqueuse est atteinte simplement d'adénomes glandulaires ou mieux de métrite à prédominance glandulaire.

Depuis le travail de Wyder, nombre d'auteurs ont apporté des faits en faveur de cette conception qui tendait à être admise généralement, mais qui, tout récemment, a été battue en brèche par Roche. A la suite de ses études anatomo-pathologiques, cet auteur conclut à l'impossibilité d'établir la pathogénie des hémorragies, si l'on s'en rapporte seulement à l'anatomie, et après avoir repoussé l'hypothèse des lésions de la muqueuse, comme cause d'hémorragie, il croit devoir faire intervenir l'ovaire pour expliquer les pertes de sang qui se produisent fréquemment au cours de la fibromyomatose utérine.

Cette intervention de le glande génitale est, d'ailleurs toute hypothétique et à l'appui de l'interprétation de Roche, on ne saurait en effet, faire valoir aucune preuve objective.

Il nous semble, au contraire, que les altérations vas-

culaires, les ruptures de capillaires et enfin les extravasations sanguines, dont la muqueuse est le siège dans les utérus fibromyomateux, suffisent amplement à expliquer les métrorragies et les ménorragies, attendu que des lésions identiques sont à peu près universellement considérées comme donnant lieu à l'écoulement menstruel.

La description suivante que donne A. Pettit (20) de la muqueuse pendant l'époque cataméniale, montre en tous cas l'extrême ressemblance des deux processus.

« Le tissu conjonctif interglandulaire se présente ici encore avec ses cellules arrondies, mais à côté de celles-ci, on note en outre, un élément anormal, la cellule inflammatoire facilement reconnaissable à ses petites dimensions et à un noyau volumineux occupant presque tout le corps cellulaire. Ce dernier élément est diffusément répandu dans la muqueuse tout entière ; mais, en certains points, il forme de petites agglomérations, qui, sur les coupes colorées, tranchent nettement sur le fond par suite de leur affinité pour les teintures mucléaires ; ces îlots d'éléments inflammatoires sont surtout nombreux au voisinage immédiat des vaisseaux et des glandes.

Ces deux espèces de formations subissent également des modifications peu accentuées à la vérité, cependant aisément appréciables.

Les cellules glandulaires sont peu altérées, mais les lumières sont sensiblement ectasiées et occupées par du mucus et par du sang ; en effet, en des points, il s'est produit des ruptures dans la paroi des capillaires et par

ces orifices le sang s'infiltre dans toute l'épaisseur de la muqueuse.

Mais en général, ce sont les phénomènes hémorragiques qui acquièrent seuls une certaine importance ; le sang contenu dans les capillaires dilatés vient tout d'abord s'infiltrer entre les éléments voisins de la surface ; puis il s'écoule au dehors. Ce temps peut s'accomplir de deux façons : les globules rouges peuvent s'écouler directement au dehors ou bien encore former auparavant de petites collections sanguines superficielles qui ne tardent d'ailleurs pas à se rompre.

PARAGRAPHE II

Applications thérapeutiques

Quel que soit le sort que les recherches subséquentes réservent à ces conceptions, l'existence des lésions de la muqueuse utérine au cours de la fibromyomatose utérine n'en reste pas moins un fait indiscutable. Au point de vue pratique, cette notion est susceptible de quelques applications thérapeutiques que notre inexpérience des questions chirurgicales nous interdit de juger. Peut-être, nous sera-t-il cependant permis de faire quelques remarques.

Tout d'abord, il est logique dans le cas de fibromes de tenter, de soigner les troubles métritiques par les procédés même que l'on applique aux anétrites véritables. Toutefois ce point de vue doit tenir compte du fait suivant, c'est que les améliorations obtenues dans

conditions ne peuvent être que temporaires puisque la cause pathogénique subsiste toujours. Et, ceci nous semble, en particulier, être la condamnation du curettage appliqué au traitement des hémorragies des fibromes, puisque ce procédé ne pourra exercer son influence favorable que pendant le court laps de temps nécessaire à la régénération de la muqueuse qui reproduira fatalement les lésions mêmes qui avaient déterminé à détruire la précédente.

En revanche, la myomectomie paraît beaucoup plus rationnelle et susceptible de donner des résultats définitifs dans le traitement des myomes interstitiels, attendu que cette opération éminemment conservatrice aurait l'inappréciable avantage de supprimer la cause même de tous les troubles.

CONCLUSIONS

1° Le fibromyome de l'utérus s'accompagne, entre autres lésions, d'altérations de l'endométrium.

2° Ces lésions doivent être considérées comme de nature métritique.

3° Elles constituent deux types principaux :

a). — Un type hyperplasique.

b). — Un type atrophique.

4° Au point de vue anatomo-pathologique, l'endométrite est surtout un type mixte caractérisé à la fois par des lésions du stroma (cellules inflammatoires) et des glandes (hyperplasie).

5° La formation dans l'utérus de masses fibromateuses a un retentissement profond sur les organes annexiels.

6° La pathogénie de ces lésions semble devoir être rattachée au processus fibromyomateux.

7° Certains symptômes cliniques des fibromes sont dus aux lésions de l'endométrium.

8° Ces notions sont susceptibles d'applications thérapeutiques, elles constituent la condamnation du curettage et semblent légitimer la myomectomie dans les cas où cette opération est réalisable.

Vu : le Président de la thèse,
LE DENTU

Vu le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pour l'élaboration du présent travail, nous avons eu recours à un certain nombre d'ouvrages ne traitant pas exclusivement de l'endométrite de la fibromyomatose ; nous avons cependant cru utile de les indiquer ici ; les travaux consacrés au sujet spécial de cette thèse sont précédés d'une astérique.

* * *

1. * Batuaud. – Les hémorragies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1891.

2. * Borremans (C.). — Altérations de l'endométrium dans les tumeurs fibromyomateuses de l'utérus. *Annales de l'Institut Sainte-Anne* (Bruxelles), t. I, nº 1, 1898.

3. Borissoff. — Ueber die Veranderungen der Uterus schleimhaut bei Fibromyomen im Zusammenhang mit Uterus blutungen. *Monatsschrift für gebürtshilfe und gynakologie*, t. II, 1895.

4. Brioude. — Sclérose utérine. *La gynécologie*, 1896.

5. * Campe, von. — Ueber das Verhalten des Endometrium bei Myomen. *Zeitschrift füür gebürtshilfe und gynakologie*, t. X, 1884.

6. * Claisse (A.). — Développement des fibromyomes. *Thèse de Paris*, 1900.

7. Cornil (V.). — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus, 1 *vol-8°, Paris* 1889.

8. Costes (M.). — Étude sur l'anatomie pathologique des fibromes. *Thèse de Paris*, 1895.

9. * Curatulò. — Ric. perci istol. e. cons. clin. rulle alter. della mucosa uter. nei tumori della matrice. *Annali di ostetricia e genecologia*, 1891.

10. Damas. Essai expérimental et clinique sur les complications infectieuses des fibromes utérins. *Thèse de Lyon*, 1896.

11. Daniel (C.). — État des annexes dans le fibrome utérin. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903.

12. * Demarquay et Saint-Vel. — Traité des maladies de l'utérus. *Paris*, 1876.

13. Devaux. — Lésion des annexes durant l'évolution des fibromes utérins. *Thèse de Paris*, 1903.

14. Doléris. — Fausses métrites. *Nouvelles archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1893.

15. Doléris. — Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. *Nouvelles archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1893.

16. Guyon (J.-F.). — Tumeurs fibreuses de l'utérus. *Thèse d'agrégation de Paris*, 1860.

17. Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1 *vol.-8°, Paris*.

18. Legueu et Marien. — Note sur le rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyomes utérins. *Semaine gynécologique*, 1896.

19. * Martin (H.). — Les fibromes de l'utérus et leur diagnostic. *Journal of the american medical association, mars*, 1896.

20. Pettit (A.). — Diagnostic histologique des curettages utérins, 1 *vol.-8°, Paris*. 1900.

21. Pichevin. — Lésions annexielles et fibromes. *Semaine gynécologique*, 1903.

22. Pinard (A.). — Des fibromyomes de l'utérus et en particulier des causes qui favorisent leur éclosion ou leur développement. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1905.

23. Piquand.. — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. *Tribune médicale*, 1905.

24. * Pozzi (S.). — Indications opératoires pour les fibromes utérins. *Semaine gynécologique*, 1899.

25. Richelot. — Sclérose utérine et vraie métrite. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1900.

26. Richelot et Barozzi. — Congestion et sclérose de l'utérus. *Semaine gynécologique*, 1901.

27. * Roche (J.-A.). — La muqueuse utérine des fibromateuses. *Une brochure, Bordeaux*, 1903.

28. Roche (J.-A). — L'ovaire des fibromateuses. *Thèse de Bordeaux*, 1904.

29. Schmal. — L'anatomie pathologique de l'endométrium. *Archives de tocologie et de gynécologie*, t. XXIII, 1891.

30. * Semb. — Ueber das Verhalten des Uterusschleim haut bei myomen. *Archiv. für Gynakologie*, t. XLIII; 1893.

31. * Wyder. — Die Mucosa uteri bei myomen. *Archiv. für Gynakologie*, t. XXIX, 1887.

TABLE DES MATIÈRES

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.